

**Estado del arte del proyecto:** “Diseño y validación de la Escala Multidimensional de Trastornos Afectivos para adolescentes (EMTA-A1) en población adolescente colombiana (Muestra clínica - no clínica)”.

**Autores:** Janivys Niebles Charris, Daniella Abello Duque, Eileen García Montaña, Paola García Roncallo, Diana Perez Pedraza, Gina Fontalvo Hugueth, Lina Manotas Llanos.

### **Resumen:**

La investigación procura identificar el lugar que tienen los trastornos del ánimo y el suicidio, proponiendo el diseño y validación de la subescala para la medición de riesgo suicida en adolescentes, agregada a la escala multidimensional de trastornos afectivos para adolescentes (EMTA-A1), basada en el paradigma empírico analítico. El objetivo de la escala es cuantificar y diagnosticar la sintomatología de dichos trastornos. Se inicia con una revisión del estado del arte y

realización del marco conceptual de la temática para recopilar antecedentes científicos y disciplinares; la búsqueda se realiza en base de datos, artículos en línea, libros de fuentes primarias y secundarias. Seguidamente, se explora inventarios, pruebas, y entrevistas clínicas de corte objetivo que se relacionan directamente en la construcción de la escala de los trastornos afectivos. El marco teórico también dará cuenta de la caracterización de los trastornos tanto en su sintomatología clínica y clasificación según el DSM-V, como en su prevalencia y etiopatogenia. En el marco metodológico adelantara la aplicación de la prueba con una muestra intencional piloto y muestra definitiva a partir de la cual se estimarán los niveles asociados con la confiabilidad y consistencia interna, así como los ajustes derivados de la misma.

### **Marco teórico:**

El modelo general de la depresión, explicado desde la teoría cognitivo conductual de A. Beck (1974), postula que el fenómeno ocurre en tres niveles que se subdividen en: a) pensamientos o ideas automáticas, que son las reacciones casi reflejas que se desprenden de una situación cualquiera y que varía para cada individuo; b) los pensamientos intermedios, que son un ente regulador de los primeros y que ayudan a la configuración de estos y c) las creencias centrales del sujeto, que son las bases fundamentales en las que este soporta su conducta y socialización con el

entorno, se constituyen como la sumatoria de experiencias vitales del sujeto y son determinantes en la configuración de un trastorno clínico, al mismo tiempo su composición es la fuente directa de intervención y tipo de tratamiento. Además de estos niveles este autor propone de forma trasversal dos componentes que regulan el flujo de información de un nivel a otro y manifiestan en sí mismos las características centrales de cada uno de los niveles antes mencionados, estas son: los pensamientos, racionales y los irracionales, de cada situación se desprenden estos y generan las respuestas que el sujeto desarrolla en la intención de proteger su integridad o garantizar bienestar. Estos pensamientos reflejan la operacionalización del fenómeno clínico de la ansiedad y de la depresión ya que estos son los que intercambian información con cada uno de los niveles y que finalmente determinan las conductas de cada sujeto (Mariño, 2012). Siguiendo estos teóricos modelo cognitivo conductual, de igual forma existen unas claras especificaciones que muestran los componentes conductuales que intervienen en un eventualidad clínica con características depresivas, la forma como los sujetos asumen los diferentes eventos, se categorizan no en función de los eventos mismos sino en la connotación que le damos a estos, y esta es una característica netamente subjetiva

e individual Ellis (1984), estas formas de asumir las experiencias están marcadas por diferentes situaciones del ciclo vital en cada sujeto, es así como que las ideas automáticas, esquemas tempranos mal adaptativos, estrategias de afrontamiento, se presentan como las variables que intervienen en situaciones de estrés y que regulan la respuesta o impresión de los hechos para cada caso, estas ideaciones y realidades no se entienden desde el exterior sino que son una construcción cognoscitiva que se genera a partir de las experiencias del ciclo vital, estilos de crianza, la cultura y ciertos determinismos biológicos que intervienen de acuerdo con la carga subyacente en el individuo. Las construcciones cognitivas de cualquier proceso efectuado por el cerebro que incluya percepción, detección, identificación, comparación, toman de decisiones, etc. (Ballesteros, 2000; D. Zurilla y Goldfried, 1971; Nezu, Nezu y Perri, 1989). Los pensamientos negativos automáticos (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983) y las creencias irracionales (Ellis, 1981, 1990) intervienen antes y durante el transcurso de una situación, interpretándola como peligrosa o bien valorando la propia incapacidad para afrontarla frente a otro tipo de pensamientos positivos o de afrontamiento positivo. De esta manera interpretamos constructos como la ansiedad que se caracteriza por la preocupación, anticipación, hipervigilancia, temor, inseguridad, sensación de pérdida de control y la percepción de fuertes cambios fisiológicos (cardíacos, respiratorios, etc.). Esto deriva a la preocupación directa de entender como los factores de ansiedad determinan con cada caso factores o ideaciones depresivas que de acuerdo con Lazarus y Folkman (1986), puede ser interpretado por el efecto de cualquier situación estresante (operación, problema médico, etc.) y que según su modelo desprende tres procesos cognitivos: la evaluación primaria (sería el primer mediador psicológico del estrés y daría lugar a evoluciones del tipo amenaza, daño/pérdida, desafío o beneficio); la evaluación secundaria (correspondiente a la valoración de los propios recursos para afrontar la situación y que sería determinante para la respuesta de estrés, ya que dependerá de que el individuo se sienta desafiado, asustado u optimista que la emoción sea de ira, miedo o placer) y; reevaluación (procesos que acontecen cuando sea puesto en marcha alguna de las soluciones a los problemas presentados). De lo anterior se desprenden las respuestas motoras, que se manifiestan como conductas orientadas hacia el afrontamiento de una situación determinada y esperar de esta una respuesta que genere bienestar. De forma regular se asocian las conductas de respuesta más habitual las siguientes: confrontación (acciones dirigidas hacia la acción como el contraataque, la reacción agresiva, es decir, la ira), el distanciamiento (evitaciones, escapes), el autocontrol, la búsqueda de apoyo social, etc. Por otro lado, se reconoce a la depresión, como un trastorno del estado de ánimo que se caracteriza en su forma clínica, por una sensación de tristeza intensa superior a dos meses, esta se puede presentar por diversas causas, Beck, A. (1974) y tienen una relación directa con la forma como interpretamos lo hecho que se presentan en la vida cotidiana, de igual forma la situación desencadenante varía para cada caso, la muerte de un ser querido, la pérdida de un empleo, las dificultades en las relaciones interpersonales y otras situaciones pueden ser consideradas como eventos o situaciones estresantes con diferente valía para cada caso. Así mismo, también pueden ser factores a tener en cuenta, los cambios químicos en el cerebro, efecto secundario de medicamentos, diversos trastornos físicos o médicos. Los síntomas de la depresión no son los mismos en todos los individuos. La mayoría de los sujetos dejan de tener interés por las actividades cotidianas, sienten fatiga o sensación de lentitud, problemas de Ansiedad, depresión y salud, trastornos del sueño, sentimientos de culpa, inutilidad o desesperanza, aumento o pérdida de apetito o de peso, disminución del deseo sexual, ideación suicida y pensamientos negativos sobre sí mismo, etc. (Beck, 1983; Ellis, 1981; 1990). Siendo esto último una

consecuencia compleja y uno de los intereses más relevantes de este proyecto, ya que uno de los productos de los pensamientos irracionales, conducen a intenciones y actos suicidas. Este hecho de ideación y acto suicida se explica más ampliamente de acuerdo con lo mencionado en un estudio realizado en la ciudad de México, con adolescentes, González Catalina; Ramos Luciana, Caballero Miguel y Wagner Fernando (s.f), Rich (1992), identifica en el proceso suicida varias etapas que se relacionan así: ideación suicida pasiva, contemplación activa del propio suicidio, planeación y preparación, ejecución del intento suicida y el suicidio consumado. Al respecto cabe enfatizar que estas etapas pueden o no ser secuenciales y que pasar por una o varias etapas no requieren pasar por las demás. De igual forma es importante destacar que vinculado al proceso suicida se encuentra el malestar emocional, considerado como un concepto que rebasa la polaridad salud enfermedad, asumiendo su carácter multidimensional (Burín, Moncarz y Velázquez, 1990) y reconociendo las diferencias y similitudes entre hombres y mujeres, donde el género es entendido como uno de los organizadores de la realidad y de la subjetividad humanas. Es así que se entiende el impacto de los trastornos clínicos del estado del ánimo son unos de los espacios de intervención más apremiantes y que para el caso de la depresión y sus factores asociados, son el resultado final de la interacción de múltiples factores constitucionales, evolutivos, ambientales e interpersonales, que además de servir de dinamizador de eventos o comprensión de los mismo de una manera lacerante y afectiva también modifican las pautas de neurotransmisión entre los hemisferios cerebrales y el sistema límbico, lo que no permite que eventos cognitivos superiores e realicen en las proporciones adecuadas para la interpretación de datos ambientales y esto en gran medida da como resultado las percepciones distorsionadas que sumen en más niveles de depresión a estos pacientes (Mariño, 2012). 7.2.

### **Estado del Arte:**

Definiciones y características de los Trastornos Afectivos. Los trastornos afectivos, de acuerdo Durand y Barlow (2007), son el grupo de trastornos que involucran alteraciones emocionales graves que van del júbilo a una depresión severa; a su vez. A su vez, estos se dividen en Trastornos Depresivos, Bipolares y dos trastornos basados en la etiología: debido a enfermedad médica y los inducidos por sustancias. La presencia de uno u otro trastorno depende de la configuración de los episodios afectivos. Para poder hacer esta afirmación es necesario efectuar una evaluación cuidadosa y completa de múltiples factores. Aunque no hay normas infalibles para determinar cuándo es etiológica la relación entre la alteración del estado de ánimo y la enfermedad médica, algunas consideraciones pueden servir de orientación. Datos epidemiológicos. La epidemiología psiquiátrica ha avanzado durante los últimos años según lo reporta los estudios realizados por la organización mundial de la salud (OMS). Sin embargo, todavía se presentan dificultades en las categorías y los criterios diagnósticos y sumado a esto las resistencias de los encuestados en el admitir los síntomas. También se presentan problemáticas en el estudio de poblaciones especiales, como los jóvenes y los ancianos y las personas de los países menos desarrollados. A pesar, de estos vacíos se hará una descripción de los

datos epidemiológicos de los trastornos en el estado de ánimo a nivel mundial y se especificara con más detalle cómo se presentan en Colombia. A nivel mundial, podemos partir del Nuevo estudio sobre el estado de la salud mundial (27 de octubre de 2008). Realizado por OMS, la cual publica que la depresión afecta a unos 120 millones de personas en todo el mundo y se prevé que este número aumente. Menos del 25% de los afectados tienen acceso a un tratamiento adecuado y a la asistencia

sanitaria. En el caso de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), encontramos que solo 39 países de los 166 pertenecientes a la Organización de Naciones Unidas (ONU), reportaron en 1996 estadísticas de morbilidad relacionadas con enfermedades mentales. Según, lo reportado en los estudios las enfermedades mentales se identifican unas diferencias en los países desarrollados, que los que están en vía de desarrollo. En algunos países puede haber semejanzas exceptuando algunas particularidades propias de un entorno. Como, por ejemplo, actualmente en el mundo hay más de 20 millones de refugiados, con otro tanto de personas desplazadas, que presentan altas tasas de depresión, trastornos de ansiedad y estrés postraumático en países con un alto índice de violencia. A continuación se presentarán algunas características de la prevalencia las enfermedades mentales. Según la OMS:

- El trastorno depresivo es el más frecuente en el mundo occidental con una prevalencia de vida de 10 a 25%, en especial en las mujeres y en el grupo de edad de 25 a 44 años.
- Se estima que del 20 al 25% de los problemas psiquiátricos corresponden a alguna forma de trastorno depresivo.
- En el mundo, entre un cuarto y un tercio del total de consultas de nivel primario tienen como causa los trastornos depresivos y de ansiedad.
- El suicidio se encuentra habitualmente entre las diez primeras causas de muerte en las sociedades que proveen información al respecto a la ONU.

En la población joven, según informes de la OPS, se encuentra entre las tres primeras causas de muerte. Las estadísticas oficiales subestiman las tasas reales de suicidio hasta en un 200%. Según lo citado en la revista colombiana de psiquiatría (2003): “En la medida en que la transición epidemiológica en que se encuentra Latinoamérica continúe y la región se aleje del predominio relativo de las enfermedades infecciosas, indudablemente la carga relativa de la enfermedad mental aumentará de manera extraordinariamente significativa de la fecha actual al año 2020”. Partiendo de lo anterior, en nuestro país Colombia si esto es así, es necesario identificar los datos actuales de prevalencia, ya que, se estima que estas tasas pueden aumentar considerablemente. En general, en prevalencias se observa que los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad son más frecuentes para las mujeres, mientras que los trastornos por uso de sustancias son más frecuentes para los hombres. En cuanto los trastornos individuales en prevalencias de alguna vez en la vida, se puede observar que en la muestra total las fobias específicas fueron las más comunes (12,6%), seguidas por el trastorno depresivo mayor (12,1%), el trastorno de ansiedad por separación (8,2%) y el abuso de alcohol (6,7%). En Bogotá D. C. presenta la prevalencia más elevada de trastornos alguna vez en la vida (46,7%), explicado esto por el elevado índice de trastornos afectivos. La región Pacífica muestra la prevalencia más elevada de trastornos afectivos en los últimos 30 días (2,7%), Bogotá D. C. y la región Pacífica evidencian la prevalencia más elevada de trastornos de ansiedad (6,7%) y la región Pacífica para trastornos por uso de sustancias (1,8%). (www.scielo.org.co) Finalmente, podemos concluir acerca de los datos epidemiológicos con la siguiente cita: “La importancia del rol de la enfermedad mental y la utilización de los servicios de salud para estos problemas y para la discapacidad en general en América Latina, aunque está creciendo, no es, en nuestra opinión, todavía completamente valorada. Los estudios de epidemiología psiquiátrica son un medio para proveer información relevante a las autoridades que estén en posición en condiciones de asignar recursos para enfrentar el desarrollo de una epidemia de trastornos mentales que claramente puede ser anticipada en América Latina, en la medida en que el proceso actual de transición epidemiológica continúe desarrollándose”. (VICENTE, RIOSECO, SALDIVIA, ROBERT KOHN Y TORRES, 2005). Modelo explicativo de la Depresión de Aaron Beck Aproximadamente 450 millones de personas padecen de algún trastorno mental (Organización Mundial de la Salud [OMS] 2014). En este sentido, los trastornos afectivos aparecen con una fuerte

incidencia, especialmente la Depresión; la cual afecta a cerca de 350 millones de personas en el mundo (OMS, 2012). La depresión, suele estar estrechamente ligada con el riesgo suicida; de hecho, la World Federation of Mental Health [WFMH] (2012) postula que en casos severos de depresión se presenta ideación suicida e incluso en otros se presentan intentos de suicidio o bien se llega a suicidio

consumado. Esta situación se traduce en que a nivel mundial cada día se pierdan cerca de 1'000.000 de vidas al año equivalentes a 3.000 por día. Además, la depresión se asocia con la aparición del riesgo suicida en cada uno de sus niveles, y corresponde a un factor determinante para la precipitación y aparición de cuadros médicos (WFMH, 2012). En relación a lo anterior, de acuerdo con la OMS (2013), la depresión puede entenderse como un trastorno caracterizado por la presencia de tristeza, la pérdida de placer o interés, falta de autoestima o sentimientos de culpa, alteraciones en el apetito o en el sueño, falta de concentración y sensación excesiva de cansancio. Esta misma organización señala que la Depresión se consolidará en 2030 como la principal causa de discapacidad; sin embargo, dicha predicción se ha adelantado en algunos países y grupos de edad, ya que la depresión según la OMS (204) ya se configura como la principal causa de discapacidad y morbilidad en los adolescentes y figura como la tercera causa de muerte en este mismo grupo, solo superada por el VIH y los accidentes de tránsito. En el mismo sentido, es relevante considerar en cuanto a depresión y suicidio en la adolescencia los postulados de Fergusson, Horwood, Ridder y Beautrais (2005) (como se cita en Papalia 2010), según los cuales los adolescentes cuyos síntomas no son tan graves como para recibir diagnóstico de depresión, son propensos de presentar depresión clínica, así como de conducta suicida en la adultez. Por su parte, en Colombia según el instituto nacional de medicina legal y ciencias forenses (2013) en relación al grupo etario la mayor tasa de suicidio se registró en grupos de jóvenes ya que por cada 100.000 habitantes 7 jóvenes se suicidan, el 10.08% es decir 182 de los casos registrados corresponde a niños niñas y adolescentes. En relación a lo anterior, se debe considerar que, a pesar de la fuerte incidencia de los trastornos afectivos y el suicidio en la población, los mecanismos de acción son significativamente insuficientes. Según la WFMH, (2012) la brecha terapéutica constituye uno de los factores más relevantes en cuanto a la evaluación, diagnóstico y tratamiento de la depresión en razón del nivel socioeconómico de los individuos y al sistema de salud ya que en muchos países no se cuenta con profesionales con entrenamiento para llevar un proceso de intervención efectivo; a esto se suma la problemática de la medición de los trastornos afectivos en el sentido en que son pocos los instrumentos que existen y en muchos de los casos estos instrumentos no están adaptados al contexto socio-cultural o cuentan con los estándares de validez. Se considera en este proyecto de gran relevancia trabajar en la línea de los trastornos afectivos, al ser en la actualidad uno de los ejes principales de trabajo en el área de la salud a nivel mundial, debido a la alta prevalencia que presentan y a su preponderancia hacia la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura, especialmente en países de bajos ingresos. La salud mental ha tomado importancia y es congruente con el alto riesgo al que estas contribuyen a padecer de enfermedades transmisibles y no transmisibles, a generar lesiones intencionales y no intencionales (Organización panamericana de la salud [OPS], 2013). La secretaria de salud del distrito de Barranquilla (2012) a través de su plan de salud territorial busca implementar programas y estrategias para disminuir la morbilidad y mortalidad evitable manejando 10 ítems en torno a la salud dentro de los cuales se maneja como cuarto ítem la salud mental y las lesiones violentas evitables; el cual tiene como objetivo general mejorar la salud mental del distrito de Barranquilla y su meta general es reducir las tasas de mortalidad por suicidio de 2,7 a 2, 25 para el año 2015 en relación al promedio nacional que es de 4,1 La evaluación psicológica de los trastornos afectivos, supone un problema en el abordaje del área clínica y en particular en el tópico de la medición y evaluación aplicada, tanto para las instancias de la salud mental. Teniendo en cuenta, que encontrar pruebas eficaces para la evaluación de dichos trastornos, es un tema de interés creciente de la investigación. En primer lugar, el concepto de evaluación psicológica es un término más amplio que el correspondiente a la mera aplicación de test, ya que

connota la integración y valoración de la información recogida de manera sistemática para obtener una imagen del funcionamiento del individuo. Incluye procedimientos experimentales y no experimentales, cuanto-cualitativos, test y técnicas, observación y entrevista. (Fernández-Ballesteros,

1995). De lo anterior deviene la necesidad del diseño e implementación de instrumentos de medición que permitan la evaluación y el diagnóstico de los trastornos de forma eficaz considerando como relevantes sus características etarias y el contexto sociocultural

## Referencias:

Abello, D., & Cortes, O. (2012). Diseño de la Escala Multidimensional de Trastornos afectivos EMTA: a psicométrico de confiabilidad y validez - Versión piloto. *Psicología desde el Caribe*, 29, 545 - 591

Abello, D., Cortes, O., Fonseca, L., García, P., & Mariño, J. (2013). Escala Multidimensional de Trastornos Afectivos, EMTA: Análisis psicométrico desde la Teoría Clásica de los test y la Teoría Respuesta al Ítem. *Suma Psicológica*, 20, 203- 216.

De Dios, C., Goikolea, J., Colom, F., Moreno, C., & Vieta, E. (2014). Los trastornos bipolares en las nuevas clasificaciones: DSM-5 y CIE-11. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 7, 179-185. doi: 10.1016/j.rpsm.2014.07.005.

American Psychiatric Association [APA]. (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV- TR*. Barcelona: Masson.

Beck, A., y Steer, R. (1993). *Beck Depression Inventory*. Manual. San Antonio: Psychological Corporation.

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. 6ª edición. México: McGraw Hill Ministerio de Salud. (2015). *Encuesta Nacional de Salud Mental 2015*. Colombia

Montero, I., & León, O. (2007). A guide for naming research studies in psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 847-862.

Carretero-Dios, H. y Pérez, C. (2007). Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales: consideraciones sobre la selección de tests en la investigación psicológica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 863- 882 Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2014). Plan estratégico de la OPS 2014- 2019. En pro de la salud: Desarrollo sostenible y equidad. Recuperado de: [https://issuu.com/paho2012/docs/planoestrat14-19\\_execep\\_med](https://issuu.com/paho2012/docs/planoestrat14-19_execep_med)

Sánchez, R., Ibáñez, M., & Pinzón, A. (2005). Análisis factorial y validación de la versión en español de la escala Brief Psychiatric Rating Scale en Colombia. *Biomédica*, 25(1), 120-128. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-41572005000100013&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-41572005000100013&lng=en&tlng=es).